

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

Student Health and Human Services  
Servicios de Salubridad del Distrito

AUTHORIZATION TO RECEIVE/RELEASE MEDICAL INFORMATION  
AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR/REMITIR DATOS MEDICOS

To: \_\_\_\_\_  
Practitioner/Agency/Clinic

\_\_\_\_\_  
Student Last Name First  
Apellido de estudiante Nombre

\_\_\_\_\_  
Street City Zip code

\_\_\_\_\_  
Home address City Zip code  
Domicilio Ciudad Zona Postal

I AM AUTHORIZING YOU TO RELEASE TO AND RECEIVE FROM: CHART # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
POR LA PRESENTE LE DA A USTED AUTORIZACIÓN PARA  
REMITIR A O RECIBIR DE:

\_\_\_\_\_  
Person requesting information

\_\_\_\_\_  
Title/Position

\_\_\_\_\_  
School/Office

\_\_\_\_\_  
Street City State Zip code

Purpose for which information will be used \_\_\_\_\_  
Propósito por el cual se puede usar esta información

\_\_\_\_\_  
Specific information requested  
Petición de información específico

This authorization shall be valid until \_\_\_\_\_ unless revoked earlier.  
Esta autorización es válida hasta \_\_\_\_\_ Date (Fecha) a menos que sea revocada antes.

I request and have received a copy of this authorization  YES  NO Signature \_\_\_\_\_  
Se pide y he recibido una copia de esta autorización Sí No Firma

Signature \_\_\_\_\_  
Firma Parent/Guardian/Student 18 years or older  
Padre/Tutor/Estudiante de 18 años o más

Date \_\_\_\_\_  
Fecha